Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

WIADOMOŚCI z zakresu UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

102



Styczeń
Rok 1935

Nr. 1

Cena 75 gr.

REDAKCJA i
ADMINISTRACJA
WARSZAWA
KRÓLEWSKA 35

WIADOMOŚCI
z zakresu
UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Nr. 1 (4) Styczeń 1935 r. Rok II

Prenumerata: Rocznie 9 zł., półrocznie 5 zł., kwartalnie 2.50 zł.

Redakcja i Administracja: Warszawa, Królewska 35, tel. 255-56.

Im więcej instytucji ubezpieczeń społ. tym mniej dostają ubezpieczeni

Na zasadzie postanowień ustawy scaleniowej zorganizowano rok temu Zakład ubezpieczenia emerytalnego robotników, przemianowany obecnie na Fundusz ubezp. emer. rob.

Sprawa ta nasuwa szereg uwag, szczególnie, jeżeli przeprowadzić pewną analogję z ubezpieczeniem emerytalnem pracowników umysłowych.

Zakład ubezpieczenia pracowników umysłowych prowadził dwa działy: emerytalny i na wypadek braku pracy.

Ubezpieczenie robotników na wypadek braku pracy uskutecznia Fundusz Bezrobocia, ubezpieczenie zaś emerytalne prowadzi Fundusz U. E. R.

Od dn. 1 stycznia r. b. w ramach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych utworzone zostały Fundusze: ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych, ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych i ubezpieczenia emerytalnego robotników, z odrębną osobowością prawną.

W ten sposób ubezpieczenia pracowników i robotników były wykonywane aż przez trzy instytucje, z których każda jest wyposa-



żona w odpowiedni aparat administracyjny, pochłaniający na pokrycie swoich kosztów część kapitału składkowego.

Czy jest to konieczne, czy jest to potrzebne?

Skoro ubezpieczenie emerytalne i na wypadek braku pracy pracowników umysłowych dało się pomieścić w ramach jednej organizacji, to czy istotnie przy rozszerzeniu ubezpieczenia emerytalnego na warstwy robotnicze nie należało wzorować się na Zakładzie Ubezpieczenia Pracowników Umysłowych w ten sposób, ażeby nowy Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników wchłonął, jako swój dział Fundusz Bezrobocia, stojący obecnie na boku poza nawiasem instytucji ubezpieczeń społecznych i stanowiący jakgdyby organizację doraźnej pomocy dla bezrobotnych, chociaż opartej na stałych składkach.

Zasady ubezpieczenia pracowników umysłowych i robotników fizycznych w istocie swojej niewiele się różnią między sobą.

Zarówno w pierwszym jak i drugim wypadku przewidziany jest wiek prekluzyjny i wysługa lat pracy dla otrzymania renty starczej czy inwalidzkiej.

Różnice polegają głównie na nomenklaturze i na sposobie obliczania rent, według zbliżonych zosad.

Dlatego też powołanie do życia obecnie aż czterech instytucji do przeprowadzenia tych ubezpieczeń wydaje się bardzo dziwne.

Wykazaliśmy wyżej, że ubezpieczenie emerytalne i na wypadek braku pracy robotników powinno być przeprowadzane przez jedną organizację.

Posuniemy się jednak jeszcze dalej, rzucając twierdzenie, że właściwie wystarczyłby najzupełniej jeden Fundusz ubezpieczenia, któryby obejmował ubezpieczenia emerytalne i na wypadek braku pracy zarówno pracowników umysłowych jak i pracowników fizycznych.

Może z punktu widzenia doktrynerów ubezpieczeniowych byłby to grzech śmiertelny, ale w praktyce byłoby to niewątpliwie korzystne dla ubezpieczonych, gdyż pozwoliłoby na znakomite zmniejszenie kosztów administracyjnych, co niewątpliwie w dużym stopniu przyczyniłoby się do powiększenia wysokości rent, a nawet mogłoby mieć wpływ i znaczenie przy określeniu niższego wieku prekluzyjnego.

Za doskonałą analogję mogą tu służyć Kasy Chorych, które nie znały różnicy pomiędzy pracownikiem umysłowym i pracownikiem fizycznym.

Kasy Chorych, jako instytucje ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby znały tylko ubezpieczonych, od których ściągały składki, stosownie do wysokości ich zarobku i udzielały im takich świadczeń, jakie były przewidziane w ustawie.

A przecież ubezpieczenie emerytalne czy to pracowników umysłowych, czy to pracowników fizycznych oparte jest przedewszystkiem na składkach, również zależnych od wysokości zarobku ubezpieczonego.

Wszak jest rzeczą obojętną, czy składkę tę płaci pracownik umysłowy, albo fizyczny, gdyż płaci ją przedewszystkiem ubezpieczony.

I podobnie jest rzeczą najzupełniej obojętną, czy należną rentę albo zasiłek na wypadek braku pracy odbierać będzie pracownik umysłowy czy fizyczny, bo znów otrzymywać ją będzie tylko ubezpieczony.

Zarówno procedura wymiaru i ściągania składek, jak i wypłaty rent i zasiłków odbywa się według specjalnie ułożonych tabel na podstawie obliczeń ubezpieczeniowo-technicznych.

Czy na to więc koniecznie potrzebne są aż cztery oddzielne instytucje?

Czy nie wystarczy poprostu jedna, ale zato naprawdę dobrze zorganizowana, ażeby mogła należycie wykonywać swoje zadania?

Sądzimy, że dopiero takie postawienie sprawy byłoby rzeczywistem scaleniem instytucji ubezpieczeń społecznych na jednym tylko odcinku — ubezpieczeń emerytalnych i na wypadek braku pracy.

Wcześniej czy później samo życie doprowadzi i wykaże konieczność takiego właśnie scalenia omawianych instytucyj w jedną organizację, tymczasem jednak doktrynerzy ubezpieczeniowi będą dokonywać kosztownych eksperymentów za pieniądze ubezpieczonych i przeganiać ich z jednego zakładu do drugiego, zgodnie z wersetem biblijnym od Annanasza do Kaifasza i z powrotem dla załatwienia jakiejkolwiek sprawy, wynikającej z tych ubezpieczeń.

Gorzkie doświadczenie lat ubiegłych w sposób dostateczny nauczyło ubezpieczonych, jak to wygląda w praktyce.

Trybuna Czytelników

ZAMASKOWANA PODWYŻKA OPŁAT NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE.

Szanowny Panie Redaktorze!

Przed wprowadzeniem w życie Ustawy Scaleniowej Instytucje ubezpieczeń społecznych podkreślały przy każdej sposobności, że ustawa ta wprowadza obniżenie opłat na ubezpieczenia społeczne. Rzeczywiście, arytmetycznie wszystko jest w porządku, zwłaszcza w ubezpieczeniu na wypadek choroby, gdyż zamiast dawniejszej składki 6,5% obecnie obowiązują stawki 5% i 4, 6%.

Ale sprawa ta komplikuje się, jeżeli wziąć pod uwagę dopłaty za porady lekarskie i za lekarstwa.

Wtedy sprawa składek wygląda zgoła inaczej.

Lecząc się wraz z rodziną w ubezpieczalni musimy płacić za porady lekarzy w ambulatorjum, za porady dentystyczne, za plomby, za protezy zębowe, za zabiegi lecznicze, wreszcie za każdą najmniejszą ilość otrzymanych lekarstw.

Wiadomo powszechnie, że ubezpieczalnie wydają minimalne ilości potrzebnych lekarstw, wskutek czego podczas trwania jednej i tej samej choroby zmuszeni jesteśmy parokrotnie, a nawet kilkakrotnie udawać się do apteki ubezpieczalni po to samo lekarstwo, za każdym razem płacąc za nie.

Nie jest to taka drobna rzecz, jakby się zdawało.

Na potwierdzenie swoich słów pragnę przytoczyć następujący przykład:

Przed kilku tygodniami lekarz ubezpieczalni polecił mi stosować napar z korzenia walerjany i w tym celu napisał mi receptę na korzeń walerjany. W aptece ubezpieczalni wydano mi pięć porcji, zawierających razem 15 gr., pobierając 20 gr. dopłaty. Oczywiście musiałem dwa razy odwiedzić aptekę: raz ażeby złożyć receptę, drugi raz ażeby odebrać lekarstwo, straciłem na to przeszło dwie godziny czasu.

Po zużyciu tego lekarstwa pragnąłem je powtórzyć, lecz nie miałem czasu, ażeby pójść do lekarza ubezpieczalni po powtórzenie recepty, ani też na dwukrotny spacer do apteki ubezpieczalni.

Wstąpiłem więc do składu aptecznego i tam dowiedziałem się, że 100 gr. korzenia walerjany kosztuje 70 groszy. A przecież ubezpieczalnia nie kupuje lekarstw w składach aptecznych, które sprzedają je z dobrym zarobkiem.

Wyprowadzam stąd prosty wniosek, że ubezpieczalnie na niektórych lekach zarabiają 100 i więcej procent.

Ponieważ, jak wiemy z pism codziennych, lekarze ubezpieczalni zarabiają do 4 zł. za godzinę, a z własnej praktyki wiemy, że przyjmują od 8 do 12 pacjentów na godzinę, to znaczy, że nasze dopłaty prawie w połowie pokrywają wydatki na wynagrodzenie lekarzy.

Jest to bardzo dowcipne przerzucenie kosztów prowadzenia interesu na klijentelę, ale w takim razie, dlaczego mówi się o obniżeniu składek, kiedy w rzeczywistości przez wprowadzenie dopłat składki nietylko nie zostały obniżone, ale przeciwnie, zostały zwiększone.

Może to jest dowcipne i sprytne, ale w każdym bądź razie nie licuje z powagą instytucji społecznej, opartej na składkach członkowskich i będącej instytucją prawa publicznego.

Racz przyjąć, Szanowny Panie Redaktorze, wyrazy głębokiego szacunku.

Stefan Sieradzki, Buchalter.

GŁOS PRZEMYSŁOWCA W SPRAWIE BIUROKRACJI UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Szanowny Panie Redaktorze!

Jako przemysłowiec dawno już pogodziłem się z koniecznością istnienia ubezpieczeń społecznych.

Staram się regularnie opłacać składki i unikać niemiłego kontaktu z przedstawicielami egzekucji ubezpieczalni oraz wszelkich dodatkowych kar za zwłokę w płaceniu składek, gdyż doświadczenie nauczyło mnie, że dodatki te sprowadzają na moją kasę bardzo dotkliwe niespodzianki.

Zwłaszcza kosztów egzekucji wprost nigdy pozbyć się nie można.

Dawniej narzekałem, że lekarze Kasy Chorych przy lada pozorze choroby zwalniali robotników, jako niezdolnych do pracy.

Dziś sytuacja pod tym względem przedstawia się o wiele korzystniej, gdyż lekarze ubezpieczalni tylko w wyjątkowych razach uznają chorych za niezdolnych do pracy, a częste są wypadki, że ja sam muszę wchodzić w kompetencję lekarza i zwalniać od pracy chorych robotników, uznanych przez lekarza ubezpieczalni jako zdolnych do pracy.

Ale biurokratyzm wprowadzony przez ubezpieczalnię coraz bardziej daje mi się we znaki.

Mojem zadaniem jest produkować towar, utrzymać fabrykę w ruchu, dać zarobek robotnikom i płacić należne odemnie podatki.

Tymczasem ubezpieczalnia usilnie pragnie zrobić sobie ze mnie swoje pomocnicze biuro i każe mi wykonywać całą masę czynności i formalności dla siebie, które mnie zupełnie nie są potrzebne.

Wiem, że w innych fabrykach pracują specjalnie zaangażowani pracownicy nad wypełnianiem co miesiąc różnych formularzy i zestawień potrzebnych nie im tylko ubezpieczalni.

Ja urządziłem się w ten sposób: wszystkie blankiety, formularze, zaświadczenia ubezpieczalni i różnych zakładów ubezpieczeń zamknąłem do szafy, a co miesiąc wpłacam do P.K.O. składki, obliczone przez mojego buchaltera; co pewien czas otrzymuję pisma z ubezpieczalni z żądaniem przedstawienia różnych wykazów, grożące mi rozmaitemi karami, ale ponieważ płacę regularnie, więc nie sądzę, ażeby naprawdę groziły mi jakieś poważne konsekwencje.

Ja spełniam swój obowiązek najważniejszy — płacę składki, a na rebusy biurokratyczne nie mam czasu.

Połowa wpływów ubezpieczalni to są składki przemysłowców, więc chyba mają dosyć pieniędzy na zorganizowanie swojej administracji i wobec tego nie powinni wymagać od nas, ażebyśmy jeszcze prowadzili na własny koszt dodatkowe biura na potrzeby ubezpieczalni przy swoich fabrykach.

Sądzę, że Szanowny Pan Redaktor nie odmówi słuszności moim uwagom i zechce je łaskawie zamieścić na łamach swego poczytnego i wielce pożytecznego pisma.

Łączę wyrazy poważania. Edward St.

ROZPORZĄDZENIE
PREZYDENTA
z dn. 24/X-1934 t. zw.

„MAŁA USTAWA"

ZNAJDUJE SIĘ W Nr. 2
Z 1934 R.

„WIADOMOŚCI z ZAKRESU
UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH"

Kronika

PRZED POŁĄCZENIEM FUNDUSZÓW PRACY I BEZROBOCIA.

W ministerstwie opieki społecznej znajdują się obecnie na ukończeniu prace nad rozporządzeniem wykonawczem do rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o połączeniu Funduszu Bezrobocia z Funduszem Pracy.

Jednocześnie przygotowuje się statut nowego zreorganizowanego Funduszu Pracy i przepisy służbowe dla pracowników.

W pracach tych biorą czynny udział prezes Funduszu Pracy p. Mikołaj Dolanowski i naczelny dyr. poseł Madeyski.

Jak wiadomo, ustawa o połączeniu Funduszu Bezrobocia z Funduszem Pracy weszła w życie z dniem 1 stycznia r. b.

WEKSLE NA SPŁATĘ SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH.

Ministerstwo Opieki Społecznej rozpatruje memorjał Związku Izb Przemysłowo-Handlowych w sprawie przyjmowania przez ubezpieczalnie weksli na pokrycie należności składkowych.

Instytucje ubezpieczeń społecznych przyjmowały dawniej weksle na terminy dłuższe, niż 3 miesiące i na całkowitą sumę należności.

W lecie ubiegłego roku zarządzono, iż terminy weksli nie mogą przekraczać 3 miesięcy, przyczem wekslami pokrywać można tylko te należności składkowe, które przypadają na pracodawcę.

Potrącenia z zarobków pracowniczych muszą być uiszczane gotówką.

Dawniej można też było płacić ubezpieczalniom wekslami klientowskiemi, obecnie firmy składać muszą weksle z własnego wystawienia.

W poprzedniej praktyce weksle, złożone przez pracodawcę, księgowane były jako wpłata, ubezpieczalnie weksle te dyskontowały i obciążały pracodawcę tylko kosztem dyskonta, a więc zwykłym procentem prawnym.

Obecnie złożenie weksla traktowane jest tylko jako odroczenie zapłaty, która księgowana jest na koncie pracodawcy dopiero po jego wykupieniu, przyczem ubezpieczalnie weksli tych nie dyskontują.

Do chwili wykupienia weksli pracodawcy opłacać muszą zwykłe odsetki zwłoki w wysokości 12 proc.

Stan wytworzony obecnie uważany jest za niekorzystny zarówno dla życia gospodarczego, jak i dla samych ubezpieczalni, które nie dyskontując przyjętych weksli, czekać muszą na wpływ gotówki.

Związek Izb Przemysłowo-Handlowych zwrócił się do Ministerstwa Opieki Społecznej o przywrócenie dawnych norm przyjmowania weksli na pokrycie należności składkowych.

OPŁATA SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH OD ODSZKODOWAŃ.

Orzecznictwo Sądu Najw. ustaliło, że w razie wydalenia pracownika przez pracodawcę bez ważnej przyczyny i bez zachowania przepisanego terminu wypowiedzenia, rozwiązanie umowy o pracę następuje już z dniem wydalenia, a nie — jak to często myślano — dopiero z upływem właściwego okresu wypowiedzenia.

Niezależnie od tego pracownik ma jednak w takich przypadkach prawo do wynagrodzenia (odszkodowania) od pracodawcy i to zgodnie z obowiązującemi przepisami za cały okres, jaki byłby potrzebny do prawidłowego rozwiązania umowy, gdyby przyjąć rozwiązanie umowy za moment jej wypowiedzenia.

Opierając się na powyższem stanowisku Sądu Najwyższego Ministerstwo Op. Społ. wyjaśniło pismem L. Un. 4/6-4 z dn. 19/12 1934 r., że we wszystkich tych wypadkach, w których pracownik umysłowy lub robotnik opuszcza pracę odrazu, czy to zwolniony przez pracodawcę bez wypowiedzenia, czy to sam ustępując z winy pracodawcy, obowiązek ubezpieczenia ustaje już stosownie do chwili rozwiązania umowy o pracę, ustalonej zgodnie z powyższem stanowiskiem Sądu Najwyższego, a zatem nie należy pobierać składek ubezpieczeniowych od wynagrodzenia (odszkodowania), przypadającego pracownikowi umysłowemu lub robotnikowi za okres wypowiedzenia.

Składki powinny być jednak — zdaniem Ministerstwa — pobierane za okres wypowiedzenia wówczas, gdy pracodawca tylko wypowiedział umowę o pracę, lecz jej odrazu nie rozwiązał, chociażby nawet zwolnił pracownika od faktycznego pełnienia zajęć w okresie wypowiedzenia.

MIESZKANIA ZWOLNIONE OD OPŁAT NA FUNDUSZ PRACY.

Zgodnie z art. 26 ustawy o Funduszu Pracy, od opłat na ten Fundusz zwolnione są mieszkania 1-izbowe i 2-izbowe. W związku z tem ministerstwo skarbu wyjaśniło, że przez mieszkania jednoizbowe w rozumieniu art. 26 ustawy o Funduszu Pracy uważać należy sensu stricto mieszkania o jednej izbie mieszkalnej, bądź też o jednej izbie wyposażonej w piec kuchenny, za dwuizbowe zaś

jedno mieszkanie o jednej izbie mieszkalnej i osobnej kuchni, bądź o dwóch izbach mieszkalnych bez kuchni.

W kwestji ściągania opłat od czynszu z mieszkań służbowych, udzielonych pracownikom bezpłatnie, ministerstwo skarbu wyjaśniło, że w art. 26 ustawy brak jest podstaw prawnych do obciążenia ich na rzecz Funduszu Pracy.

ZA NIESPISANIE UMOWY Z TERMINATOREM GROZI KARA.

Sprawa umów uczniowskich w rzemiośle jest sprawą ważną zarówno dla uczniów, jak i dla majstrów. Spisanie umowy o naukę i zarejestrowanie jej w odpowiedniej izbie rzemieślniczej daje uczniowi możność zdawania po kilku latach egzaminu czeladniczego, a następnie mistrzowskiego, zapewnia więc dopływ wykwalifikowanych pracowników do rzemiosła.

Dla majstrów sprawa zawierania umów pisemnych z uczniami posiada też ważne praktyczne znaczenie.

Ostatnio bowiem ministerstwo opieki społecznej wystosowało do związku izb rzemieślniczych pismo, w którem zaznacza, że dotychczasowa praktyka władz przemysłowych, nie karzących przemysłowców za nieprzestrzeganie przepisów, nie jest zgodna z prawem.

Jeśli zawarto umowę o naukę, a przedsiębiorca zaniedbał, następnie ustalenia na piśmie warunków umowy, wtedy władze przemysłowe powinny przeprowadzać rozprawy karno-administracyjne. Rezultatem tych rozpraw mogą być orzeczenia karne za dwa przekroczenia: pierwsze — za bezpłatne zatrudnianie uczniów, oraz drugie przestępstwo — za zaniedbanie spisania umowy.

Dlatego też ministerstwo opieki społecznej prosi ministerstwo przemysłu i handlu o wydanie odpowiednich zarządzeń władzom przemysłowym.

Jak wynika z tego pisma majstrowie, którzy nie zawrą pisemnej umowy z uczniami, będą pociągani do odpowiedzialności karnej, a więc w interesie samych mistrzów rzemieślniczych jest dopilnowanie spisania umowy o naukę terminatora i zarejestrowanie jej w izbie rzemieślniczej.

Należy nadmienić, że dotychczas władze przemysłowe nie uwzględniały doniesień inspekcji pracy i nie karały właścicieli warsztatów i przedsiębiorstw przemysłowych, o ile nie ustalono umowy o naukę małoletnch pracowników, na piśmie.

PRZYCZYNY WYPADKÓW PRZY PRACY.

Nieuwaga, nieostrożność i lekkomyślność robotników powodują najwięcej wypadków.

Przyczyny wypadków, obliczone procentowo w stosunku do ilcści przedstawiają się, jak poniżej.

1.	Nieuwaga i nieostrożność robotników	50%
2.	Zła organizacja fabryki i brak dozoru	12%
3.	Brak ochron, regulaminów, ostrzeżeń	10%
4.	Brak przyuczenia do pracy	6%
5.	Praca w złych warunkach	5%
6.	Złe działanie maszyn	4%
7.	Zmęczenie pracą	3%
8.	Nieuniknione stałe przyczyny	10%

NAJNIEBEZPIECZNIEJSZA PRACA.

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1934 roku do najniebezpieczniejszych prac zalicza:

1. Budowę i przebudowę sztolni i szybów górniczych i pogłębianie szybów naftowych.
2. Wydobywanie granitu, bazaltu, porfiru, gnejsu, piaskowca, marmuru, wapienia, kredy, marglu, gipsu, dolomitu, łupku, obróbka i tłuczenie odpadków.
3. Kopanie piasku, krzemienia, gliny, żwiru.
4. Zajęcie przy samolotach, jako personel techniczny i pracujący przy uruchomieniu samolotów do lotu.
5. Montowanie i demontowanie konstrukcyj żelaznych, mostów, ciężkich maszyn lub aparatów.
6. Zakładanie głębokich fundamentów za pomocą kesonów ze sprężonem powietrzem.
7. Rozbijanie murów i fundamentów.
8. Dekarstwo, pokrywanie dachów i smołowanie.
9. Przewożenie, ładowanie i wyładowywanie towarów samochodami.
10. Załadowanie, wyładowywanie statków, również zaopatrywanie ich w opał.
11. Sortowanie, rozdrabnianie w handlu starem żelazem i innemi metalami.

PRZEMYSŁ O REFORMIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Rada Centralna Związku Przemysłu Polskiego na jednem z ostatnich zebrań zleciła biurom Związku opracowanie sprawy reformy ubezpieczeń społecznych. Zgodnie z otrzymanem zleceniem, zostały w biurze Centralnego Związku poddane szczegółowej analizie wszystkie myśli, wypowiedziane przez Radę Centralnego Związku, jak również projekty i sugestje, nadesłane w następstwie tego zebrania. W związku z zapowiedzianą przez czynniki urzędowe reformą ubezpieczeń społecznych, której pierwszy etap został już zrealiowany w formie dekretu o zmianie ustawy z dn. 28.III.1933 r. o ubezpieczeniu społecznem, Centralny Związek złożył ministrowi opieki społecznej swoje uwagi, obrazujące poglądy i potrzeby przemysłu.

W uwagach tych Centralny Związek stwierdził, iż dla rozwoju przemysłu potrzebna jest organizacja opieki nad pracownikami, dotkniętymi klęskami życiowemi. Jednak opieka ta powinna być czyn-

nikiem współdziałającym w kierunku rozwoju wytwórczości. Obecny zaś nadmierny rozrost ubezpieczeń społecznych nietylko pozbawił je tych cech, ale nawet stworzył z nich czynnik, hamujący rozwój wytwórczości.

Realizacja reformy ubezpieczeń społecznych o tyle tylko spełni swe zadanie, polegające na nadaniu ubezpieczeniom społecznym pozytywnego znaczenia w życiu gospodarczem, o ile pozbawi ubezpieczenia społeczne charakteru biurokratycznego, doprowadzi do pokrywania pod przymusem tylko potrzeb zbiorowości, pozostawiając pokrycie potrzeb indywidualnych — indywidualnej i dobrowolnej zapobiegliwości jednostek i obniży opłaty, ponoszone przez społeczeństwo na ubezpieczenia społeczne.

DOCHÓD SPOŁECZNY POLSKI W ROKU 1933.

Instytut Badania Konjunktur Gospodarczych i Cen zakończył prace nad szacowaniem zmian w dochodzie społecznym Polski w latach kryzysu. Prace te wiążą się z szacunkiem dochodu społecznego dla roku 1929, dokonanym przez Instytut i opublikowanym w trzech tomach serji „Badań nad dochodem społecznym w Polsce".

Wyniki nowych prac publikuje Instytut, jako tom 4-tej serji (M. Kalecki i L. Landau — „Dochód społeczny w r. 1933 i podstawy badań perjodycznych".

W zasadniczych punktach wyniki przedstawiają się w sposób następujący: Dochód społeczny Polski był w 1933 r. w swej wartości realnej zmniejszony o 25% w porównaniu z ostatnim rokiem dobrej konjunktury — r. 1929; mowa tu o dochodzie, przechodzącym przez rynek, t. zn. z wyłączeniem produktów rolnych, spożywanych we własnych gospodarstwach.

Oczywiście, jak to się dzieje normalnie w przebiegu konjunktury, najsilniej zmniejszyła się kapitalizowana część dochodu — inwestycje zmniejszyły się w wartości realnej o 64%. Konsumcja, przechodząca przez rynek, była w r. 1933 o 19% mniejsza, niż w 1929 r.

Spożycie wiejskie wyrobów przemysłowych było zmniejszone o 46% (całość spożycia wiejskiego uległa redukcji w znacznie słabszym stopniu, gdyż spożycie naturalne wsi zmniejszyć się mogło w przecięciu tylko nieznacznie).

Spożycie miejskie zmniejszyło się o 13%, przyczem spadek ten dotknął z niejednakową siłą różne grupy ludności.

Najsilniej ucierpiała ludność robotnicza, której dochód realny (już po uwzględnieniu spadku kosztów utrzymania), a więc i konsumcja spadły o 22%.

Ponadto obliczono przybliżone wskaźniki półroczne z całości dochodu społecznego oraz konsumcji (z wyłączeniem spożycia naturalnego wsi) za okres od r. 1927.

Wskaźniki te pozwalają ustalić etapy zmniejszania się dochodu podczas kryzysu i stwierdzają, że w pierwszem półroczu 1934 roku nastąpił już pewien, niewielki zresztą, wzrost spożycia i dochodu.

Rozporządzenia

ROZPORZĄDZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW

z dnia 22 grudnia 1934 r.

Wydane w porozumieniu z Ministrami Spraw Wewnętrznych, Skarbu, Przemysłu i Handlu, Komunikacji, Opieki Społecznej oraz Rolnictwa i Reform Rolnych w sprawie zmiany rozporządzenia z dnia 31 marca 1933 r. o świadczeniach na rzecz Funduszu Pracy.

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 16 marca 1933 r. o Funduszu Pracy (Dz. U. R. P. Nr. 22, poz. 163), zarządza się co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 marca 1933 r., wydanem w porozumieniu z Ministrami Spraw Wewnętrznych, Skarbu, Przemysłu i Handlu, Komunikacji, Opieki Społecznej oraz Rolnictwa i Reform Rolnych, o świadczeniach na rzecz Funduszu Pracy (Dz. U. R. P., Nr. 22, poz. 176), zmienionem przez rozporządzenie z dnia 3 czerwca 1933 r. (Dz. U. R. P., Nr. 41, poz. 326), wprowadza się zmiany następujące:

1) w § 3 ustęp trzeci, otrzymuje brzmienie:

„Kwoty potrącone przez pracodawców, przedsiębiorstwa i monopole państwowe, związki komunalne lub instytucje prywatne, należy wpłacić do Funduszu Bezrobocia na jego rachunek czekowy w Pocztowej Kasie Oszczędności do dnia 20 miesiąca następującego po wypłacie, jeżeli zaś chodzi o zakłady górniczo-hutnicze — do dnia 25 tegoż miesiąca; równocześnie należy złożyć właściwemu Zarządowi Obwodowemu Funduszu Bezrobocia deklarację, zawierającą dokładne obliczenie opłat oraz stwierdzającą, ile, z jakiego tytułu i za jaki okres czasu opłaty są uiszczane."

2) § 4 otrzymuje brzmienie:

„Opłaty od pracodawców oblicza się od ogólnej sumy wypłaconych zarobków, uposażeń i wynagrodzeń. Opłaty te należy wpłacić do Funduszu Bezrobocia na jego rachunek czekowy w Pocztowej Kasie Oszczędności, łącznie z wpłaceniem opłat, potrąconych w myśl § 3 ust. 3; równocześnie należy złożyć właściwemu Zarządowi Ob-

wodowemu Funduszu Bezrobocia deklarację, stwierdzającą, kto wnosi opłatę, ile, z jakiego tytułu i za jaki okres czasu."

3) po § 5 dodaje się nowy § 5-a o brzmieniu:

„§ 5-a. Wymiar i pobór opłat, przewidzianych w § 3 ust. 3 i § 4 rozporządzenia niniejszego, od niektórych kategorji płatników, lub też na niektórych terenach Rzeczypospolitej, może być powierzany innym instytucjom prawno-publicznym. Zasady i tryb powierzania tych czynności instytucjom prawno-publicznym oraz wysokość odszkodowania za ich wykonywanie określa zarządzenie Ministra Opieki Społecznej."

4) § 19 otrzymuje brzmienie:

„O ile opłaty wymienione w § 3 ust. 3 i § 4, nie zostały wpłacone w terminie, lub zostały wpłacone niezgodnie z art. 15 ustawy, wymiaru i poboru dokonywają Zarządy Obwodowe Funduszu Bezrobocia przy odpowiedniem zastosowaniu przepisów, dotyczących pobierania składek na rzecz Funduszu Bezrobocia. Zarządy Obwodowe Funduszu Bezrobocia wykonywają również kontrolę tych opłat.

Za czynności związane z wymiarem, poborem i kontrolą opłat, wymienionych w § 3 ust. 3 i § 4, przyznaje się Funduszowi Bezrobocia odszkodowanie w wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów, które jednak nie może przekraczać 3% wpływów z opłat i kar za zwłokę."

5) § 20 otrzymuje brzmienie:

„Wpływy na rzecz Funduszu Pracy wraz z karami za zwłokę, otrzymane w ciągu pierwszych 15 dni miesiąca, wpłacają urzędy skarbowe, urzędy celne, zarządy gmin i Fundusz Bezrobocia, po potrąceniu odszkodowania i ewentualnych zwrotów, na rachunek czekowy Funduszu Pracy w Pocztowej Kasie Oszczędności do dnia 20 tegoż miesiąca, sumy zaś otrzymane w drugiej połowie miesiąca — do dnia 5 następnego miesiąca.

Nadzór nad wynikającemi z rozporządzenia niniejszego czynnościami zarządów gmin i Zarządów obwodowych Funduszu Bezrobocia sprawuje Fundusz Pracy."

6) § 21 otrzymuje brzmienie:

„Ściąganie opłat ustanowionych na rzecz Funduszu Pracy, dokonywane jest zgodnie z przepisami, dotyczącemi postępowania egzekucyjnego władz skarbowych. W postępowaniu tem właściwe urzędy skarbowe, urzędy celne, zarządy gmin lub Zarządy Obwodowe Funduszu Bezrobocia zastępują Fundusz Pracy, jako wierzyciela, z tem, że koszty ponoszone w postępowaniu egzekucyjnem przez wierzyciela, obciążają Fundusz Pracy".

7) uchyla się § 21-a.

§ 2. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem 1 lutego 1935 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 22 grudnia 1934 r.

wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych w sprawie współdziałania gmin przy wykonywaniu ubezpieczenia od wypadków drobnych producentów rolnych i ich rodzin na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego.

(Dziennik Ustaw R. P. Nr. 1 z dn. 12.I.-1935 r.)

Na podstawie art. 305 ust. 1 i 319 ust. 1 ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396) oraz § 12 ust. 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 r. w sprawie ubezpieczenia od wypadków drobnych producentów rolnych i ich rodzin na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 793), zarządzam co następuje:

§ 1. Przy wykonywaniu ubezpieczenia od wypadków drobnych producentów rolnych i ich rodzin, unormowanego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 793) zarządy gmin na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego obowiązane są do współdziałania z ubezpieczalniami społecznemi i Zakładem Ubezpieczenia od Wypadków w zakresie: a) ustalania obowiązku ubezpieczenia drobnych producentów rolnych i prowadzenia ewidencji ubezpieczonych, b) wymiaru i poboru składek ubezpieczeniowych, c) przeprowadzania dochodzeń w celu ustalenia okoliczności, uprawniających drobnych producentów rolnych i ich rodziny do korzystania ze świadczeń wypadkowych, d) przeprowadzania dochodzeń oraz udzielania informacyj na żądanie wymienionych instytucyj ubezpieczeń społecznych we wszystkich sprawach, związanych z wykonywaniem tego ubezpieczenia.

§ 2. (1) W zakresie ustalania obowiązku ubezpieczenia drobnych producentów rolnych i prowadzenia ewidencji ubezpieczonych zarządy gmin obowiązane są:

1) donosić z własnej inicjatywy właściwej ubezpieczalni społecznej o każdem rozpoczęciu nowego i zwinięciu dawnego gospodarstwa i przedsiębiorstwa pobocznego, posiadanego, dzierżawionego lub użytkowanego przez drobnego producenta rolnego na obszarze gminy, jak również o każdej zmianie okoliczności, od których w myśl rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 793) uzależnione jest obowiązkowe ubezpieczenie drobnych producentów rolnych lub wymiar składek.

2) potwierdzać na żądanie ubezpieczalni społecznej, bądź na bezpośrednie żądanie producenta rolnego, prawdziwość danych, zgłaszanych przezeń odnośnie do gospodarstwa i przedsiębiorstwa pobocznego.

(2) Ponadto w celu uzupełnienia posiadanej przez ubezpieczalnię społeczną ewidencji gospodarstw i przedsiębiorstw pobocznych, których właściciele, dzierżawcy i użytkownicy podlegali w dniu 1 stycznia 1934 r. obowiązkowi ubezpieczenia normowanego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 102, poz. 793), zarządy gmin obowiązane są na żądanie ubezpieczalni społecznych skontrolować i uzupełniać przesyłane im przez ubezpieczalnie dane.

§ 3. Czynności zarządów gmin w zakresie wymiaru i poboru składek są następujące:

1) Ubezpieczalnie społeczne przesyłają właściwym zarządom gmin w dwóch egzemplarzach wykazy składek, przypadających od poszczególnych drobnych producentów rolnych. W ciągu 7-miu dni po otrzymaniu wykazu zarząd gminy obowiązany jest wyłożyć ten wykaz w urzędzie gminnym, na przeciąg dwóch tygodni celem przejrzenia go przez zainteresowanych. Najmniej na 3 dni przed wyłożeniem wykazu zarząd gminy podaje o tem do publicznej wiadomości w sposób przyjęty dla ogłoszeń organów gminnych. Ogłoszenie powinno również zawierać: a) pouczenie o możności wnoszenia do właściwej ubezpieczalni społecznej za pośrednictwem zarządu gminy sprzeciwów w ciągu 4-ch tygodni od dnia wyłożenia wykazów do przejrzenia, b) pouczenie o tem, że wniesienie sprzeciwu nie wstrzymuje obowiązku zapłaty wymierzonej składki, c) oznaczenie ostatecznego terminu do uiszczania składek (pkt. 3).

2) Wniesione przez drobnych producentów rolnych sprzeciwy, zarząd gminy obowiązany jest opatrzyć datą wpływu, własnemi uwagami co do prawdziwości okoliczności faktycznych, przytoczonych w sprzeciwie, zaznaczając wyraźnie, czy, o ile i dlaczego wniesiony sprzeciw zasługuje lub nie zasługuje na uwzględnienie, oraz przesłać je do właściwej ubezpieczalni społecznej najdalej w ciągu dwóch tygodni od upływu terminu do wnoszenia sprzeciwów. Wnoszone za pośrednictwem zarządu gminy sprzeciwy mogą mieć formę oświadczeń składanych do protokółu, spisanego przez funkcjonarjusza gminy.

3) Z upływem terminu do wyłożenia wykazu, zarząd gminy powinien przystąpić do pobierania wymierzonych przez ubezpieczalnię społeczną składek. Termin uiszczania składek w myśl § 12 rozporządzenia z dnia 14 czerwca 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr. 56, poz. 496) upływa z końcem 4-go tygodnia od dnia wyłożenia wykazu wymiaru składek w urzędzie gminnym. Bez zgody ubezpieczalni społecznej zarząd gminy nie może odraczać terminów płatności składek, ani też rozkładać należności na ratalne spłaty, przypadające poza obowiązujący, końcowy termin płatności składek.

4) Najpóźniej w ciągu 14 dni po upływie terminu płatności składek, zarząd gminy zwraca ubezpieczalni społecznej jeden egzemplarz wykazu wymiaru składek z poświadczeniem czasokresu wyłożenia go w urzędzie gminnym. Drugi egzemplarz wykazu pozostaje

w gminie, w celu odnotowywania w nim wpłacanych po terminie składek; o każdej wpłacie, dokonanej po terminie, zarząd gminy obowiązany jest bezzwłocznie zawiadomić ubezpieczalnię społeczną. Przy pobieraniu składek, wpłacanych po przepisanym terminie, zarząd gminy pobiera również od płatnika obowiązujące odsetki zwłoki.

5) Składki uiszczone w terminie płatności, zarządy gmin przekazują właściwej ubezpieczalni społecznej najdalej w ciągu 5 dni po upływie terminu płatności składek. Składki zaś, uiszczone po terminie płatności, zarządy gminy przekazują w następujących terminach: składki, otrzymane w ciągu pierwszych 15 dni miesiąca, zarządy gmin przekazują do dnia 20 tegoż miesiąca, składki zaś otrzymane w drugiej połowie miesiąca — do dnia 5 następnego miesiąca. Przy przekazywaniu składek zarząd gminy potrąca wynagrodzenie, przewidziane w § 5, zawiadamiając o tem jednocześnie ubezpieczalnię społeczną.

§ 4. (1) Celem ustalenia okoliczności, mających znaczenie dla stwierdzenia prawa do świadczeń z powodu wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej oraz wysokości tych świadczeń, zarządy gmin na żądanie ubezpieczalni społecznej lub Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków przeprowadzają odpowiednie dochodzenia. Przy przeprowadzaniu tych dochodzeń zarządy gmin obowiązane są stosować się do wskazówek ubezpieczalni społecznej i Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków.

(2) Zarządy gmin badają również z własnej inicjatywy, czy w poszczególnych przypadkach nie zachodzi bezprawne korzystanie ze świadczeń, i zawiadamiają o swych spostrzeżeniach ubezpieczalnię społeczną.

§ 5. Tytułem wynagrodzenia gminy otrzymują 2% od sumy pobranych przez nie składek.

§ 6. Na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego we wszystkich przypadkach, w których w myśl rozporządzenia niniejszego właściwa jest ubezpieczalnia społeczna, właściwy jest oddział Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków w Chorzowie.

§ 7. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Interpretacje i wyjaśnienia

TRYB POSTĘPOWANIE W RAZIE ZMIANY RODZAJU UBEZPIECZENIA.

Izba Ubezpieczeń Społecznych ustaliła niżej podany tryb postępowania, jako uzupełniające wyjaśnienia do odnośnych przepisów „Tymczasowej Instrukcji" (str. od 26 do 29).

I. W wypadkach przejścia pracownika z jednego do drugiego podmiotu ubezpieczenia emerytalnego, Ubezpieczalnia bądź sama podejmuje czynności, związane z przekazaniem przez właściwy Zakład Ubezpieczeń Społecznych składek emerytalnych oraz zaliczeniem okresów ubezpieczenia i sumy zarobków, bądź przystępuje do załatwienia tych czynności dopiero na żądanie odnośnej instytucji ubezpieczeniowej lub funduszu emerytalnego.

1) Ubezpieczalnia podejmuje czynności o przekazanie składek z własnej inicjatywy w wypadku przejścia ubezpieczonego z ubezpieczenia emerytalnego robotników, normowanego ustawą o ubezpieczeniu społecznem, do ubezpieczenia pracowników umysłowych lub odwrotnie, tudzież w wypadku przejścia do jednego z powyższych ubezpieczeń z innej instytucji ubezpieczeniowej lub specjalnego funduszu emerytalnego.

2) W wypadku zaś przejścia ubezpieczonego z ubezpieczenia emerytalnego robotników, normowanego ustawą o ubezpieczeniu społecznem, lub z ubezpieczenia pracowników umysłowych do ubezpieczenia w innej instytucji ubezpieczeniowej lub w specjalnym funduszu emerytalnym — Ubezpieczalnia podejmuje czynności o przekazanie składek tylko na żądanie właściwej instytucji ubezpieczeniowej lub funduszu emerytalnego.

Ad 1) Stosownie do art. 292 ustawy o ubezpieczeniu społecznem, w wypadku przejścia ubezpieczonego z ubezpieczenia emerytalnego robotników, normowanego tą ustawą, do ubezpieczenia pracowników umysłowych lub odwrotnie, ubezpieczony ma prawo oświadczyć się w przeciągu miesiąca od dnia powstania warunków,

wymaganych przez nowe ubezpieczenie, za pozostaniem w dotychczasowem ubezpieczeniu emerytalnem.

Oświadczenie się za pozostaniem w dotychczasowem ubezpieczeniu w zasadzie powinno być złożone na piśmie bądź w formie odrębnego pisma (Np. o treści: „W powołaniu się na art. 292 ustawy o ubezpieczeniu społecznem niniejszem oświadczam się za pozostaniem nadal w ubezpieczeniu .... data, podpis") — bądź też w formie odpowiedniej notatki z podpisem ubezpieczonego, uskutecznionej na zgłoszeniu (form. Nr. 1) z zatrudnienia, stwarzającego ubezpieczonemu warunki przejścia do nowego ubezpieczenia.

Gdy ubezpieczony jest niepiśmienny, Ubezpieczalnia może również przyjąć od niego ustne oświadczenie się za pozostaniem w dotychczasowem ubezpieczeniu i w tym wypadku spisuje odpowiedni protokół.

Dla umożliwienia ubezpieczonemu oświadczenia się za pozostaniem w dotychczasowem ubezpieczeniu, Ubezpieczalnia powinna zawiadomić ubezpieczonego, o ile jest zgłoszony przed upływem miesiąca od dnia powstania warunków dla nowego ubezpieczenia emerytalnego, o przysługującym mu prawie i wskazać jednocześnie dzień, w którym kończy się miesięczny termin dla złożenia takiego oświadczenia.

Gdy ubezpieczony nie oświadczy się w przeciągu miesiąca za pozostaniem w dotychczasowem ubezpieczeniu, Ubezpieczalnia powinna zgłosić roszczenie do Zakładu właściwego dla dotychczasowego ubezpieczenia o przekazanie składek Zakładowi właściwemu dla nowego ubezpieczenia, stosując przytem tryb postępowania, przewidziany w „Tymczasowej Instrukcji" na str. 27 pkt. **a** i **b.** Ubezpieczalnia postępuje w powyższy sposób również w wypadku oświadczenia się ubezpieczonego za pozostaniem w dotychczasowem ubezpieczeniu, jeśli na podstawie tego oświadczenia ubezpieczony pozostawał w tem ubezpieczeniu przez okres 12 miesięcy od dnia powstania warunków dla nowego ubezpieczenia i warunki te nadal istnieją.

O oświadczeniu się ubezpieczonego za pozostaniem w dotychczasowem ubezpieczeniu należy zawiadomić pracodawcę, który zgłosił pracownika do nowego ubezpieczenia, i wezwać go do opłacenia składek, obowiązujących za dotychczasowe ubezpieczenie, w którem pracownik pozostaje.

W wypadku zaś przejścia do nowego ubezpieczenia po przebyciu 12 miesięcy w dotychczasowem ubezpieczeniu na podstawie oświadczenia się, należy o takiem przejściu zawiadomić ubezpieczonego, jak i pracodawcę, wzywając ich jednocześnie do opłacania składek, obowiązujących za nowe ubezpieczenie.

W razie zaistnienia sporu w powyższych sprawach pomiędzy Ubezpieczalnią, a pracodawcą lub ubezpieczonym, należy wydać odpowiednie orzeczenie ze wskazaniem środków prawnych. Jeżeli zajdzie wypadek zgłoszenia pouczenia o przekazanie składek za

ubezpieczonego, przechodzącego z ubezpieczenia emerytalnego robotników, normowanego ustawą o ubezpieczeniu społecznem, do ubezpieczenia pracowników umysłowych i gdy dana osoba była ubezpieczona przed 1-ym stycznia 1934 roku w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu lub w jednej z Kas Brackich, wymienionych w art. 298 ust. 1 pkt. 4 ustawy o ubezpieczeniu społecznem, wówczas Ubezpieczalnia Społeczna wzywa ubezpieczonego do złożenia wszystkich dokumentów, dotyczących ubezpieczenia przed 1.I.1934 r. (ostatniej karty kwitowej), które wraz z roszczeniem o przekazanie składek przesyła do właściwego biura Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, z prośbą o dołączenie posiadanych przez biuro kart kwitowych lub kart ewidencji składek za czas ubezpieczenia przed 1.I.1934 r. i przesłanie roszczenia Zakładowi Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników; pozostałe czynności, związane z przejściem takiego ubezpieczonego do nowego ubezpieczenia, wykonywuje Ubezpieczalnia w sposób, podany w „Tymczasowej Instrukcji" na str. 27 pkt. **a** i **b**.

Przy przejściu z innych instytucyj ubezpieczeniowych lub specjalnych funduszów emerytalnych do ubezpieczenia emerytalnego robotników, normowanego ustawą o ubezpieczeniu społecznem, lub do ubezpieczenia pracowników umysłowych, Ubezpieczalnia stosuje tryb postępowania, podany w „Tymczasowej Instrukcji" na str. 28 pkt. **b** z tą zmianą, że nie wysyła w tym wypadku roszczenia do instytucji lub specjalnego funduszu emerytalnego o przekazanie składek właściwemu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, lecz tylko zawiadamia właściwy Zakład o przejściu z dotychczasowego ubezpieczenia w instytucji lub specjalnym funduszu emerytalnym do ubezpieczenia do Ubezpieczalni Społecznej.

Ad 2) W wypadku przejścia ubezpieczonego z ubezpieczenia emerytalnego robotników, normowanego ustawą o ubezpieczeniu społecznem, lub z ubezpieczenia pracowników umysłowych (w innej instytucji ubezpieczeniowej np. Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, obejmującej robotników rolnych w zakresie ubezpieczenia emerytalnego lub do ubezpieczenia w specjalnym funduszu emerytalnym np. Państwowym Funduszu Emerytalnym — Ubezpieczalnia stosuje tryb postępowania, przewidziany w „Tymczasowej Instrukcji" na stronie 28 p. **a**.

II. Roszczenie o przekazanie składek, kierowane:

a) do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, sporządzają Ubezpieczalnie wg. wzoru, stanowiącego załącznik Nr. 1.

b) do Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników wg. wzoru, stanowiącego załącznik Nr. 2,

c) a zawiadomienie o przejściu z innych instytucyj lub specjalnych funduszów emerytalnych — wg. wzoru, stanowiącego załącznik Nr. 3.

Roszczenie zaś o przekazanie składek skierowane do Ubezpieczalni Społecznych przez inne instytucje lub specjalne fundusze emerytalne, przesyłają Ubezpieczalnie do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych lub Zakładu Emerytalnego Robotników przy pomocy zwykłych pism.

Do roszczenia o przekazanie składek, przesyłanego do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych lub Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, należy dołączyć, stosownie do przepisów „Tymczasowej Instrukcji", podanych na str. 27 pkt. a i b i na str. 28 pkt. b — wszystkie karty przebiegu ubezpieczenia należycie sporządzone (karty ewidencyjne form Nr. 8 wzgl. 8a).

Przy sporządzaniu przebiegów ubezpieczenia na kartach przebiegu ubezpieczenia należy ściśle przestrzegać odpowiednich przepisów, podanych zarówno w „Tymczasowej Instrukcji", jak i w okólnikach Izby.

W szczególności należyte sporządzanie przebiegów ubezpieczenia (na form. Nr. 8 i 8a) polega na:

a) dokładnem podaniu w kol. 4 rzeczywistych okresów zatrudnienia (dat. = od — do, miesiąc),
b) prawidłowem obliczaniu i zapisaniu w kol. 5, 6 lub 7 tygodni lub miesięcy składkowych, za które składki zostały wymierzone,
c) wpisaniu do odpowiednich kol. 5, 6 lub 7 sum zarobków tygodniowych lub miesięcznych, od których wymierzono składki,
d) **zaznaczeniu:**

dla pracowników umysłowych

1) dokładnych dat zgłoszenia do ubezpieczenia z każdego zatrudnienia,
2) miesięcy zaliczonych bezwarunkowo i warunkowo,

dla pracowników fizycznych

3) stopy wymiaru poszczególnych składek (5,2% czy 5,8%),
4) nazwy instytucji ubezpieczenia emerytalnego, w której robotnik był ubezpieczony przed. 1.I.1934 r. — ewentualnie odpowiedzi negatywnej.

Dane wymienione w pkt. 3, można zaznaczyć w ramce z kategorją ubezpieczenia, a dane, wymienione w pkt. 4 — w rubryce „Uwagi". Każdą kartę przebiegu ubezpieczenia należy zamknąć i zaopatrzeć w pieczątkę odnośnej Ubezpieczalni Społecznej.

Przez zamknięcie karty przebiegu ubezpieczenia rozumie się podkreślenie ostatniego wpisu, podsumowanie odpowiednich kolumn w rubrykach 5, 6, 7 i 8 (u pracowników umysłowych), oraz stwierdzenie prawidłowości przebiegu ubezpieczenia podpisem właściwego kierownika.

W razie stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych lub Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników braku odpowiednich dokumentów lub nienależytego wypełnienia

kart przebiegu ubezpieczenia, Ubezpieczalnia jest obowiązana uzupełnić braki, wskazane przez właściwy Zakład.

Stosownie do przepisów „Tymczasowej Instrukcji" należy w razie przejścia ubezpieczonego do nowego ubezpieczenia założyć mu nową kartę ewidencyjną, zaznaczając na niej (lub na karcie zastępczej w wypadku omówionym w pkt. **b** na str. 27 „Tymczasowej Instrukcji) dawny rodzaj ubezpieczenia i Nr. legitymacji ubezpieczeniowej, a w szczególności w rubryce „Okres zaliczony w poprzedniem ubezpieczeniu", — okres policzalny w dawnem ubezpieczeniu „od — do", ilość tygodni wzgl. miesięcy składkowych, sumę zarobków policzalnych w dotychczasowem ubezpieczeniu oraz datę przesłania roszczenia o przekazanie składek i nazwę Zakładu, do którego wysłano to roszczenie łącznie z kartami ewidencyjnemi dotychczasowego ubezpieczenia.

Wpis powyższy traktuje Ubezpieczalnia jako tymczasowy, do czasu otrzymania ostatecznych danych od właściwego Zakładu.

Z chwilą przejścia z ubezpieczenia emerytalnego robotników do ubezpieczenia pracowników umysłowych lub odwrotnie, Zakład poprzedni wpisuje na odwrocie karty przebiegu ubezpieczenia w pkt. 2-im rubryki „Przeszedł do ubezpieczenia..." odpowiednie dane, natomiast nowy Zakład wypełnia rubrykę: „Przeszedł z ubezpieczenia..." i zawiadamia odnośną Ubezpieczalnię o ilości tygodni (dla robotników) względnie miesięcy składkowych (dla pracowników umysłowych) oraz o sumie płac zaliczonych w dawnem ubezpieczeniu i sumie przekazanych składek.

Po otrzymaniu zawiadomienia od właściwego Zakładu o obliczeniu ilości tygodni lub miesięcy składkowych i wysokości sumy płac, które zostały zaliczone z dotychczasowego ubezpieczenia w nowem ubezpieczeniu, oraz o sumie przekazanych składek Ubezpieczalnia, w razie innych danych na zawiadomieniu poprawia tymczasowy wpis w pkt. 2-im na odwrocie nowej karty przebiegu ubezpieczenia i stwiedza wiarogodność wpisu podpisem właściwego kierownika.

W razie oświadczenia się ubezpieczonego, posiadającego warunki dla nowego ubezpieczenia, za pozostaniem w dotychczasowem ubezpieczeniu należy to oświadczenie odnotować na jego karcie przebiegu ubezpieczenia, zaznaczając jednocześnie datę upływu 12-tu miesięcy od dnia powstania warunków dla nowego ubezpieczenia.

Ubezpieczonemu, który przeszedł do nowego ubezpieczenia emerytalnego wydaje Ubezpieczalnia również nową legitymację ubezpieczeniową, właściwą dla nowego ubezpieczenia.

Przed wydaniem nowej legitymacji Ubezpieczalnia powinna zażądać od ubezpieczonego zwrotu poprzedniej legitymacji dla przechowania jej w aktach ubezpieczonego (obecnie w kartokopercie).

Jeżeli ubezpieczony nie posiada poprzedniej legitymacji wskutek zagubienia jej, zniszczenia i t. p., wówczas powinien złożyć odpowiednie oświadczenie, z podaniem powodu, o niemożności zwrotu

legitymacji i przeprowadzić unieważnienie starej legitymacji w trybie przewidzianym w § 46 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dn. 28.XII.1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 818). Zaznacza się, że nowy numer legitymacji ubezpieczeniowej nadaje się ubezpieczonemu tylko przy pierwszem przejściu z jednego do drugiego rodzaju ubezpieczenia. Przy następnych zaś przejściach należy posługiwać się numerem legitymacji już nadanym ubezpieczonemu dla danego rodzaju ubezpieczenia w okresie poprzedniego ubezpieczenia. Z tych względów nawet przy kilkakrotnem przejściu z jednego do drugiego rodzaju ubezpieczenia każdy ubezpieczony może mieć tylko dwa numery legitymacji ubezpieczeniowej („R" i „U").

III. W Sprawie zaliczania okresów ubezpieczenia na zasadzie obowiązujących do dnia 31.XII.1933 r. ustaw o ubezpieczeniu pracowników fizycznych na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość, tym pracownikom, którzy nie przechodzą do nowego ubezpieczenia, Ubezpieczalnie stosują następujący tryb postępowania:

Zainteresowanych w powyższych sprawach pracowników, ubezpieczonych przed 1.I.1934 r. na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego i zamieszkałych na terenie tych województw w chwili zgłoszenia się w Ubezpieczalni o zaliczenie im ubezpieczenia z okresu przed 1.I.1934 r. należy informować, iż posiadane karty kwitowe za czas do 31.XII.1933 r. powinni złożyć we właściwych urzędach (wójtostwach), które wydadzą im karty zliczeniowe.

Osoby zaś ubezpieczone przed 1.I.1934 r. na obszarze pozostałych województw, oraz osoby ubezpieczone przed 1.I.1934 r. w województwach poznańskim i pomorskiem, lecz nie zamieszkałe na terenie tych województw w chwili zgłoszenia się o zaliczenie im ubezpieczenia z przed 1.I.1934 r. powinny zachować u siebie posiadane dowody, dotyczące okresu ubezpieczenia i opłacania składek, do czasu zgłoszenia roszczenia o rentę.

Na kartach przebiegu ubezpieczenia nie należy notować okresów ubezpieczenia z przed 1.I.1934 r.

Przy zgłoszeniu rozszczenia o rentę powinny Ubezpieczalnie Społeczne przesłać do Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników wraz z kartami przebiegu ubezpieczenia za czas przed 1.I.1934 r. również ewentualnie przedłożone dowody ubezpieczenia za czas przed I.1 — 1934 r.

Równocześnie wyjaśnia się, że tryb postępowania, podany w niniejszem okólniku, nie dotyczy wypadków omyłkowego zaliczenia pracowników umysłowych do ubezpieczenia emerytalnego robotników i odwrotnie.

Z tych względów w powyższych wypadkach nie należy przesyłać roszczeń do poszczególnych zakładów o przekazanie składek, lecz jedynie sprostować wymiar składek przez całkowite wystornowanie go w wysokości niewłaściwie naliczonej i całkowite zaksięgowanie w wysokości, odpowiadającej właściwemu rodzajowi ubezpieczenia.

W SPRAWIE AKTUALNYCH PRZEKAZÓW NA LECZENIE INWALIDÓW WOJENNYCH.

Według p. 5 okólnika b. Związku Kas Chorych Nr. 39-31 z dnia 12.VI.1931 na podstawie zarządzenia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 16.II.1931 Nr. 975-0.V wystawiony przez Starostwo przekaz do leczenia inwalidy woj. w Ubezpieczalni Społecznej (Kasie Chorych) na rachunek Skarbu Państwa **ważny jest tylko przez 1 rok od daty wystawienia**, o ile w międzyczasie nie upływa czasokres obowiązywania orzeczenia komisji rewizyjno-lekarskiej.

Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby przypomina o powyższem zarządzeniu na podstawie stwierdzenia przy badaniu rachunków za leczenie inwalidów woj., że w wielu przypadkach zarachowane przez Ubezpieczalnie świadczenia lecznicze są uzasadniane przekazem nieaktualnym skutkiem upływu oznaczonego rocznego okresu ważności tegoż przekazu.

Dla uniknięcia przy rozrachunkach kwestyj, z powodu niedostatecznego w myśl obowiązujących przepisów uzasadniania zarachowanych wydatków na leczenie inwalidów woj., Ubezpieczalnie Społeczne zbadają aktualność posiadanych w ewidencji przekazów, na podstawie których leczyły inwalidów woj. w okresie od 1.X—31.XII 1934 r. i zażądają od referatów spraw inwalidów wojennych przy właściwych Starostwach wznowienia przekazów — w tych wszystkich przypadkach, w których minął rok od daty wystawienia przez Starostwo przekazu posiadanego, względnie w których wygasł w międzyczasie termin ważności orzeczenia komisji rewizyjno-lekarskiej. W związku z tem uzupełniona zostanie jednocześnie ewidencja przekazów, prowadzona przez Zakład i Starostwa, bowiem drugie egzemplarze aktualnych przekazów wysyłanych Ubezpieczalniom winny przesłać bezpośrednio do Zakładu (okólnik b. Związku Kas Chorych Nr. 26 z 30.V.1932 r., względnie zarządzenia Ministerstwa z dnia 30.IV.32. Nr. 5742-0. In.).

Bieżące udzielanie świadczeń leczniczych inwalidom woj. w przypadkach, w których upłynął termin ważności dotyczącego przekazu następuje w trybie określonym w § 2, 3 i 4 instrukcji umownej z dn. 18.XII. 1929 przy uwzględnieniu zmian: a) w myśl okólnika b. Og. P. Zw. K. Ch. Nr. 26-932 w sprawie przesyłania przez Starostwa dla użytku Ubezpieczalni 1 egzemplarza przekazu, zaś drugiego wprost do Zakładu, tudzież b) w myśl okólnika Zakładu Nr. 25-34, w sprawie zniesienia pokrywania kosztów żywienia przy leczeniu zakładowem inwalidów na rachunek Skarbu Państwa.

Zakład zaznacza, **że wznowienie przekazów nie może być przeprowadzane przez Ubezpieczalnie Społeczne zgóry** w odniesieniu do wszystkich czy pewnej grupy posiadanych przekazów. Przekaz do leczenia wydaje referat spraw inwalidów wojennych, w przypadku zachodzącej konieczności leczenia inwalidy woj. na rachunek Skarbu Państwa.

Poradnik dla czytelników

(Ubezpieczonych i pracodawców).

ODPOWIEDZI REDAKCJI.

W.P. Rudolf Seiler w Ząbkowicach.

T. zw. mała ustawa stanowiła jedynie wstęp do dalszych reform ubezpieczeń społecznych, które obecnie są opracowywane przez ministerstwo opieki społecznej.

Konsekwencją połączenia wszystkich rodzajów ubezpieczeń w jeden Zakład Ubezpieczeń społecznych powinno być ustalenie jednolitej składki, obejmującej wszystkie ryzyka.

„Wykazy stanu zatrudnienia", zajmujące niezmiernie dużo czasu i dużo pracy co miesiąc, jak słusznie WPan zaznacza w swoim liście, jeżeli nie będą zupełnie zniesione, to w każdym bądź razie ulegną poważnej modyfikacji i uproszczeniu, już chociażby z tego względu, że będą zawierać obliczenia tylko jednej składki.

WP. Alfred Wąsowski w Łodzi.

Zapytuje Pan, czy wobec tego, że od dnia 1.I. r. b. otwiera Pan własne przedsiębiorstwo, przysługuje Panu zwrot wpłaconych od 1928 r. składek do Z.U.P.U.

Niestety, nie, gdyż takiej ewentualności nie przewidują obecnie obowiązujące przepisy. Jedynie w wypadku, gdyby Pan objął stanowisko w instytucji rządowej, albo samorządowej, składki Pana byłyby wraz z przebiegiem ubezpieczenia przekazane właściwej instytucji emerytalnej. Jeżeli w przyszłości obejmie Pan pracę w jakiej firmie, to złożone przez Pana składki w Z.U.P.U. będą Panu zaliczone do wysługi emerytalnej.

WP. Mieczysław Sk. w Warszawie.

Roszczenie o zasiłek z powodu braku pracy należy zgłosić do Ubezpieczalni Społecznej najpóźniej przed upływem 6 miesięcy od dnia zaprzestania pracy, w przeciwnym bowiem razie prawo do tego zasiłku ulega przedawnieniu.

Zasiłek zostaje przyznany na odpowiedni okres od dnia zgłoszenia, im więc później zgłasza się roszczenie, tem samem zostaje

opóźniona wypłata zasiłku, którego Z.U.F.U. nie przyznaje wstecz od dnia zwolnienia z pracy, a jedynie naprzód od dnia zgłoszenia roszczenia.

WPan Aleksander Gadomski w Borysławiu.

I. Prawo do otrzymania zapomogi starczej posiadają:

a) robotnicy, urodzeni przed 1 stycznia 1869 roku, obywatele polscy, nie posiadający niezbędnych środków do utrzymania, o ile w okresie od 1920 roku do 1934 przepracowali, jako robotnicy, najemni, przynajmniej 4 lata;

b) robotnicy, mający więcej niż 60 lat, ubezpieczeni przez 200 poprzednich tygodni w ubezpieczalni polskiej;

c) robotnicy, mający więcej niż 60 lat, mający 75% niezdolności do pracy, ubezpieczeni przez 26 tygodni poprzednich w ubezpieczalni polskiej.

II. Należy się zgłosić do tej ubezpieczalni, w której okręgu zgłaszający się zamieszkuje, z podaniem o przyznanie renty starczej, załączając:

1) metrykę urodzenia,

2) zaświadczenie obywatelstwa polskiego ze starostwa,

3) zaświadczenie starostwa lub gminy, że petent nie posiada środków na utrzymanie,

4) zaświadczenia firm o tem, że petent przepracował w tych firmach 4 lata,

5) oprócz tego, robotnicy kategorji b — zaświadczenie ubezpieczalni, że ostatnio przez 200 tygodni byli ubezpieczeni,

6) robotnicy kategorji c — zaświadczenie lekarza urzędowego, że mają 75% niezdolności do pracy i zaświadczenie ubezpieczalni, że byli przez 26 tygodni ubezpieczeni.

III. Wysokość zapomogi wynosi w obecnym czasie 20 zł. miesięcznie.

WPan Stanisław Łukomski w Krakowie.

Poruszona przez Pana sprawa interesuje niewątpliwie szerokie koła pracowników i z tego względu udzielanej Panu odpowiedzi nadajemy bardziej ogólny charakter.

Nadesłał nam Pan następujący wycinek z gazety:

„Kto ma prawo do zasiłków dla pracowników umysłowych?

Ministerstwo Opieki Społecznej podało do wiadomości ubezpieczalń orzeczenie Sądu Najwyższego o zasiłkach dla pracowników umysłowych.

Sąd Najwyższy uznał, że dla uzyskania prawa do żądania zasiłków w razie braku pracy nie potrzeba, aby praca była nieprzerwana, lub by spełniano ją u jednego i tego samego pracodawcy.

Do uzyskania prawa zasiłkowego wystarczy, aby ubiegający się o zasiłek przepracował ogółem 6 miesięcy składkowych, przebytych w ciągu ostatniego roku, licząc wstecz od dnia utraty zajęcia. (C.I.2050/33)."

Powyższa informacja jest nieścisła i wskutek tego wprowadza w błąd pracowników umysłowych.

Zacytowane w niej orzeczenie Sądu Najwyższego dotyczy sprawy z 1932 roku, kiedy, stosownie do obowiązujących wówczas przepisów, wystarczało posiadanie sześciu miesięcy składkowych do uzyskania zasiłku z powodu braku pracy.

Od dnia 1 stycznia 1934 roku Ustawa Scaleniowa wprowadziła nowe przepisy, na mocy których dopiero po przepracowaniu dwunastu miesięcy można ubiegać się o zasiłek z powodu braku pracy, pod warunkiem niekorzystania z tego zasiłku w ciągu dwuch lat poprzednich.

WP. G. Kahanowa w Zamościu.

Wobec tego, że mąż Pani miał przyznaną rentę dożywotnią przez Zakład Ubezpieczeń od wypadków we Lwowie, pani również przysługuje prawo do renty wdowiej, a synowi do renty sierocej, jeżeli nie ma jeszcze ukończonych 18 lat, albo jeżeli kształci się w jakimś zakładzie naukowym — to do 24 lat życia.

Obecnie winna Pani złożyć podanie o rentę wdowią dla siebie i rentę sierocą dla syna do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział we Lwowie, powołując się na numer zawiadomienia o przyznaniu Pani mężowi renty dożywotniej.

Do podania należy dołączyć następujące dokumenty: 1) świadectwo ślubu, wyjęte z urzędu już po dniu zgonu męża; 2) świadectwo urodzenia Pani i syna; 3) świadectwo zgonu męża; 4) zaświadczenie lekarza o przyczynie zgonu; 5) zaświadczenie policji o wspólności małżeńskiej za życia męża; 6) ewentualnie zaświadczenie szkolne syna, jeżeli ma ponad 18 lat.

Podanie może Pani przesłać bezpośrednio do Lwowa, albo też za pośrednictwem Ubezpieczalni w Zamościu.

Przegląd czasopism

„BACZNOŚĆ", czasopismo ilustrowane, poświęcone popularyzacji zagadnienia bezpieczeństwa w życiu codziennem i w pracy, Warszawa Nr. 1 i 2.

Zadaniem czasopisma jest informowanie o akcji zapobiegania wypadkom przy pracy robotników i szerokich mas społeczeństwa.

W artykule pod tytułem: „Do walki z wypadkami przy pracy" czytamy: „Jedną z większych klęsk, gnębiących klasę robotniczą, niewątpliwie są wypadki przy pracy.

Przeszło 120 tysięcy inwalidów pracy w Polsce (przy 132 tysiącach inwalidów wojennych) wskazują na konieczność jaknajenergiczniejszego przeciwdziałania tej klęsce społecznej, która co rok wyrywa z szeregów robotniczych dziesiątki tysięcy ludzi, czyniąc ich inwalidami i z kieszeni ich wysysa co rok około 100 miljonów złotych strat na zarobkach i dniówkach.

Rzadko kto zdaje sobie sprawę, że literalnie niema dnia, aby wypadek przy pracy nie spowodował śmierci lub okaleczenia.

Według ostatnich danych statystycznych, za okres 1927 do 1931 r., w Polsce każdego dnia mamy trzech zabitych, 60 ciężko rannych i 300 lżej uszkodzonych.

Rzadko kto również zdaje sobie sprawę, że wypadki przy pracy powodują straty gospodarcze, które wynoszą przeciętnie 250 miljonów rocznie.

Badania przyczyn wypadków przy pracy wskazują, że zaledwie 10 proc. jest spowodowanych siłą wyższą, natomiast 90-ciu proc. wypadków przy pracy może przeciwdziałać wola ludzka, wola przemysłowca, wola robotnika.

Przeglądając urzędowe doniesienia o wypadkach, przesyłane przez pracodawców do Zakładu Ubezpieczeń, widzi się tendencję zwalenia całej winy za wypadek na robotnika. Jednak tak nie jest, badania statystyczne wykazują, że wypadki przy pracy mają swe źródło zarówno w złej organizacji przedsiębiorstwa, złej konstrukcji i braku zabezpieczeń maszyn, jako też w nieuwadze i zaniedbaniach ze strony robotników.

Nie wdając się narazie w szczegóły sprawy zapobiegania wypadkom, powstałym z przyczyn zależnych od pracodawcy, gdyż jest

to kompetencją Inspekcji Pracy, zajmiemy się wypadkami, powstałemi z przyczyn zależnych od robotników.

Jeżeli na pracodawcę nakłada się obowiązek dbania o sprawność urządzeń technicznych, to w równym stopniu obowiązkiem robotnika jest dbanie o bezpieczeństwo własne i swych towarzyszy pracy. To też do walki z wypadkami przy pracy powinni stanąć we wspólnych szeregach zarówno pracodawca, jak i pracownik, a także czynniki urzędowe, organizacje ściśle fachowe i ogólnospołeczne.

Chcąc jednak odnieść zwycięstwo należy przedewszystkiem do walki przygotować się. Niepodobna w krótkich słowach, w ramach jednego artykułu, ująć całokształt tego zagadnienia, które będzie przedmiotem i tematem dalszych artykułów. Obecnie musimy sobie uprzytomnić, że pierwszym, przygotowawczym etapem walki z wypadkami przy pracy, gdy chodzi o robotników, powinno być uświadomienie sobie dokładnie, że przy dobrych chęciach, można skutecznie wypadkom przeciwdziałać przez skupienie uwagi przy pracy, zachowanie ostrożności, stosowanie środków ochronnych, wydanych przez kierownictwa zakładów, jak okulary, maski i t. p., oraz przestrzeganie obowiązujących prawnie regulaminów i przepisów bezpieczeństwa pracy.

Niestety, bardzo często przyczyną wypadków bywa niedbałość i nieuwaga samego robotnika.

Ostrożny i przewidujący robotnik w warsztatach, gdzie maszyny są zabezpieczone i panuje ład w pracy, może być zupełnie pewny bezpieczeństwa, jeżeli jego sąsiedzi, towarzysze pracy, będą również posiadali zmysł ostrożności."

„PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH", Nr. 1 1935 r. podaje zasady reorganizacji lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych.

„Reorganizacja lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych w myśl ustawy z dn. 28.III 1933 r. należy do Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa.

Sprawę takiej reorganizacji opartej o system lekarza domowego zapoczątkował Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby w okólniku Nr. 20/34 z dn. 13/VIII. 34 r. i następnie w szeregu późniejszych okólników i pism okólnych rozwijał ją, wzywając Ubezpieczalnie społeczne, by do takiej reorganizacji lecznictwa przystąpiły, po wysłuchaniu opinji rady lekarskiej ubezpieczalni.

Pismem okólnem z dn. 26.IX. 34 r. wezwał Z. U. Ch. ubezpieczalnie społeczne, by plany reorganizacyjne wraz z opinjami rad lekarskich przesłały Zakładowi do zatwierdzenia.

Wreszcie w piśmie okólnem z dn. 27.XI. 34 r. zostały ustalone ogólne zasady reorganizacji lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych, z których wynika, że lekarz domowy jest opiekunem zdrowia zapisanej do niego grupy ubezpieczonych wraz z członkami rodzin. przyczem zaznaczono, że tam gdzie tego będą wymagały czy to

względy terenowe, czy organizacyjne, ubezpieczalnia społeczna będzie musiała zarządzić stały przydział ubezpieczonych do poszczególnych lekarzy.

Dalej ustalono, że ubezpieczony korzysta z porady u specjalistów tylko na podstawie skierowania przez właściwego lekarza domowego.

O ile ubezpieczalnia rozporządza dostateczną liczbą lekarzy specjalistów, to może pozwalać uprawnionym do świadczeń bezpośrednio zwracać się do lekarzy chorób wenerycznych, chorób dziecięcych i do położników. Z. U. Ch. poleca ubezpieczalniom społecznym by w ramach tej organizacji tworzyły aparat kontrolny, przyczem kontrolę powinien wykonywać lekarz naczelny bezpośrednio lub przez powołanych dla tego celu lekarzy adminitsracyjnych wzgl. leczących.

Plan organizacji takiej kontroli winien być przedłożony Z. U. Ch. do zatwierdzenia.

Kontrola, o której mowa, winna obejmować: sposób wykonywania przez lekarzy powierzonych im czynności, celowość i zgodność z instrukcjami skierowania chorych do leczenia szpitalnego, fizykalnego i sanatoryjnego, a także przyznawania niezdolności do pracy.

Tak pomyślaną organizację udzielania świadczeń wprowadzają ubezpieczalnie społeczne w zależności od warunków miejscowych, etapami, przyczem w okresie reorganizacji lecznictwa personalną obsadę poszczególnych stanowisk i podział czynności należy traktować, jako tymczasowe.

Po zamknięciu ostatniego etapu reorganizacyjnego przedłożą ubezpieczalnie społeczne Z. U. Ch. do zatwierdzenia ostateczny plan struktury organizacyjnej i definitywnej obsady personalnej poszczególnych stanowisk lekarskich.

Jak dotąd poza Warszawą, Krakowem, Łodzią i Sosnowcem, wszystkie pozostałe ubezpieczalnie społeczne już nadesłały swe plany reorganizacji lecznictwa".

„WIADOMOŚCI TURYSTYCZNE", dwutygodnik, Warszawa, Nr. 1 1935 r. rozpoczęły piąty rok istnienia. W artykule wstępnym pióra Redaktora Wacława Olszewskiego czytamy:

„Dalecy jesteśmy od wszelkiej manji wielkości, ale fakty utwierdziły nas w przekonaniu, że jesteśmy potrzebni. To nam dodało otuchy do dalszej pracy. Powiększyliśmy zespół pracowników. Nawiązaliśmy kontakt z kilku krajami zagranicznemi, nie ustawaliśmy w pracy.

Dzisiejsza piątka nie jest, jak już zaznaczyłem, żadnym momentem naszego triumfu. Jest ona jedynie pewnym słupem drogowym, wskazującym nam, że tyle a tyle drogi już przebyliśmy. Słupy, znajdujące się przed nami, nie są jeszcze znane, ale należy przypuszczać, że będzie ich więcej. Jedno tylko nie ulega najmniejszej kwestji:

spełnialiśmy pracę pożyteczną, dopomogliśmy rozwojowi myśli turystycznej w Polsce, a najgorszy okres przebrnęliśmy i idziemy naprzód".

„WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE", organ Polskiego Powszechnego Tow. Farmaceutycznego, w Nr. 1, 1935 r., omawiając sprawy zawodowe, między innemi pisze:

Ustawa o ubezpieczeniu społecznem, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1934 roku oraz rozporządzenia wykonawcze do niej uszczupliły znowu po raz niewiadomo który teren pracy aptek publicznych, pauperyzując je w dalszym ciągu.

Przed kilku laty — bez podstaw prawnych — powstały ambulatoryjne składnice b. Kas Chorych, które, mając przechowywać i wydawać skromne ilości środków leczniczych i opatrunkowych, przerodziły się stopniowo w małe apteki, przekraczające — zdaje się zreguły — zakres swej działalności.

Ustawa „scaleniowa" usankcjonowała te składnice pod nazwą punktów rozdawania leków o rozszerzonym jeszcze zakresie działania.

Owe „punkty", które nie są niczem innem, jak aptekami zakładowemi drugiego rzędu, nie mają, zgodnie zresztą z przepisami, fachowej obsługi, choć mają prawo utrzymywać i wydawać nietylko środki proste, lecz także środki złożone.

Pismo P. P. T. F. do Min. Op. Społ., uzasadniające konieczność zniesienia tych punktów i zastąpienia ich dogodnemi dla ubezpieczalni i ubezpieczonych dostawami leków przez apteki publiczne, mimo, że od chwili jego wysłania upłynęło przeszło dziesięć miesięcy, nie doczekało się odpowiedzi.

Metody przewlekania spraw i niechęć do dyskutowania nad kwestjami, które wprowadziłyby prawdziwą sanację do ciężkiego aparatu dostawy leków dla ubezpieczonych, nie uległy, jak widać, zmianom i — mimo pogrzebania kas chorych — odżyły i trwają z tą samą, co dawniej, żywotnością w liczących zaledwie rok życia ubezpieczalniach społecznych.

Nie mniej do dalszej pauperyzacji aptekarstwa przyczyniło się rozporządzenia z 20 lutego o opuście od cen taksy aptekarskiej za lekarstwa wydawane na koszt ubezpieczalni społecznej.

Wydatne zwiększenie opustu, przedłużenie terminu, w którym ubezpieczalnie winny regulować rachunki, wreszcie niesłychany obowiązek — wydawania ubezpieczonym leków na rachunek nieograniczony żadnym prekluzyjnym terminem, wywołały słuszne oburzenie w sferach zawodowych.

Mówimy słuszne, gdy ostatni przepis, który nazwiemy krótko „przymusem kredytowania", jest, jak to udowodnił dr. S. Kästenblatt (Nr. 34), przepisem ogłoszonym bez żadnych podstaw prawnych.

Wreszcie ostatnia nowela do ustawy „scaleniowej", nadająca ubezpieczalniom nowy przywilej — dostarczania ze swych aptek, składnic i punktów wszystkich środków leczniczych dla samorzą-

dów — dopełniła miarę lekceważącego stosunku władz ubezpieczeniowych do zawodu aptekarskiego i tendencyj do nieświadomego czy świadomego niszczenia aptek publicznych.

„NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE", organ Związku Lekarzy P. P. Warszawa, Nr. — 1935 r.

Z art. Dr. A. Huszczy, omawiającego plany organizacyjne lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych, przytaczamy poniżej wnioski końcowe:

„I. Pragniemy, aby władze naczelne instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby zechciały widzieć w lekarzach, obsługujących tę instytucję, czynnik niezmiernie ważki w całej organizacji i działalności Ubezpieczalni Społecznych, by zatem traktowały ich — jako element społecznie twórczy, którego rola jest istotnie decydująca co do form i rezultatów pracy w Ubezpieczalni.

II. Żądamy, aby wysoko wykwalifikowana praca zawodowa lekarza była opłacana odpowiednio do jej wartości społecznej, a nie była wyzyskiwana przez Ubezpieczalnie, z pominięciem najżywotniejszych interesów stanu lekarskiego, utrzymującego na swych barkach cały ciężar świadczeń leczniczych.

Gdyby te, najbardziej istotnie, żądania stanu lekarskiego znalazły wreszcie należyte zrozumienie u sfer miarodajnych i zostały uwzględnione w praktyce życiowej, jesteśmy pewni, że zyskałaby na tem i Ubezpieczalnie i zatrudnieni w nich lekarze".

„ECHO SPOŁECZNE", Nr. 1 — 1935 r. Z artykułu „Na złych torach" przytaczamy poniżej wyjątki:

„Pracownicy instytucyj ubezpieczeń społecznych stoją w obliczu nowych redukcyj i obniżek płac.

Wyrzuca się na bruk starych wykwalifikowanych pracowników, a na ich miejsce przyjmuje się siły młode, bez kwalifikacji, z głodową płacą po 2 — 3 zł. dziennie.

Zmniejsza się personel pracowniczy, obarczając nadmierną pracą tych, co pozostali.

Pracownicy przemęczeni kilkunastugodzinną pracą, niedożywieni, padają wprost ze zmęczenia i wyczerpania, zdarzały się w Ubezpieczalniach wypadki omdlenia przy pracy."

„Cierpią na tem ubezpieczeni i społeczeństwo, gdyż głodny i przemęczony pracownik nie jest w stanie należycie wywiązać się ze swych obowiązków, pomimo nawet największego samozaparcia się.

Tembardziej nie może jej należycie wykonać pracownik nowy, nie posiadający należytych kwalifikacyj."

„Zrozumiałą jest rzeczą, że sytuacja obecna wymaga znacznych ofiar i oszczędności.

Jednakże te ofiary i oszczędności winny być nie celem, lecz środkiem naprawy, w przeciwnym bowiem razie mogą przynieść tylko szkodę, zamiast poprawy.

A w wysokim stopniu jest złem i szkodliwem przerzucanie wszystkich ciężarów na gospodarczo najsłabszą część społeczeństwa — świat pracy."

„Dlaczego ratowanie finansów Ubezpieczeń Społecznych ma się odbywać niemal wyłącznie tylko kosztem szarych mas pracowniczych ludzi, którzy swą wieloletnią pracą położyli duże zasługi przy budowie tych instytucyj, to już zrozumieć trudno.

Redukuje się ludzi obarczonych rodzinami, obniża się płace poniżej niezbędnego minimum utrzymania, powiększa się nędzę mas pracowniczych, zmieniając je w wegetujące woły robocze; równocześnie ze zwiększającą się liczbą godzin pracy, obniża się płace.

Przy tem wszystkiem zatrudnia się całe szeregi ludzi dobrze pod względem materjalnym sytuowanych, posiadających duże emerytury i t. p.

Przy redukcjach i obniżkach płac, często dominujące znaczenie ma nie rzeczywista wartość pracowników, nie ich warunki finansowe i potrzeby, lecz protekcje i stosunki, które wykorzystują naogół „możni tego świata", z krzywdą szarej masy pracowniczej."

TREŚĆ NUMERU.

str.

I. **Im więcej instytucji ubezpieczeń społecznych tem mniej otrzymują Ubezpieczeni** . . . 1

II. **Trybuna czytelników** . . . 4
Zamaskowana podwyżka opłat na ubezpieczenia społeczne.
Głos przemysłowca w sprawie biurokracji ubezpieczeń społecznych.

III. **Kronika:** . . . 7
Przed połączeniem Funduszów Pracy i Bezrobocia.
Weksle na spłatę składek ubezpieczeniowych.
Opłata składek ubezpieczeniowych od odszkodowań.
Mieszkania zwolnione od opłat na fundusz pracy.
Za niespisanie umowy z terminatorem grozi kara.
Przyczyny wypadków przy pracy.
Najniebezpieczniejsza praca.

IV. **Rozporządzenia** . . . 12
Prezesa Rady Ministrów o świadczeniach na rzecz Funduszu Pracy.
Ministra Opieki Społecznej o współdziałaniu gmin przy wykonywaniu ubezpieczeń od wypadków drobnych producentów rolnych.

V. **Interpretacje i wyjaśnienia** . . . 17
Tryb postępowania wrazie zmiany rodzaju ubezpieczenia.
W sprawie aktualnych przekazów na leczenie Inwalidów wojennych.

VI. **Poradnik dla czytelników** . . . 24

VII. **Przegląd czasopism** . . . 27

Redakcja i administracja czynna od godziny 10 do 14.
Warszawa, ul. Królewska 35, tel. 255-56 (lokal Zw. Zaw. Pracow. Bankow. Rz. P.)

Redaktor i Wydawca: M. E. DOBRZYŃSKI.

1641 Zakł. Druk. W. Piekarniaka, Warszawa, Ordynacka 3, tel. 644-59.